Aus der kgl. chirurgischen Universitäts-Kinderklinik in München.

Ueber einen Fall

von

geheilter subcutaner Milzruptur.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medicin,

verfasst und einer

hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Werner Müller,

approb. Arzt aus Braunschweig.

München 1904.

Kgl. Hofbuchdruckerei von Kastner & Callwey.

Aus der kgl. chirurgischen Universitäts-Kinderklinik in München.

Ueber einen Fall

von

geheilter subcutaner Milzruptur.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medicin,

verfasst und einer

hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Werner Müller,

approb. Arzt aus Braunschweig.

München 1904.

Kgl. Hofbuchdruckerei von Kastner & Callwey.

Referent:

Herr Geheimrat Obermedicinalrat Professor
Dr. Ritter v. Angerer.

Meinen lieben Eltern

in

Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552301_0083

Bisher hat sich nicht häufig Gelegenheit geboten, eine subcutane Milzruptur operativ zu behandeln. Wie Lewerenz*) ausführt, hat dies zunächst seinen Grund darin, daß diese Verletzung verhältnismäßig selten vorkommt; dann aber führt auch die Zerreißung der Milz durch Verblutung in der Regel rasch zum Tode. Solche Fälle, die in vivo entweder nicht richtig diagnosticiert wurden oder überhaupt gar nicht in ärztliche Behandlung kamen, endigen vielfach tödlich und werden erst durch die Section klargestellt. Aber auch in solchen Fällen, die diagnostisch mehr oder minder einwandfrei waren, hat nach Lewerenz bis vor etwa 20 Jahren die chirurgische Behandlung wenig Aussicht auf Erfolg gehabt, jedenfalls hat man sie nicht planmäßig angewandt. Die Gründe dafür sucht Lewerenz — abgesehen von einer begreiflichen Scheu vor der Laparotomie in früherer, zumal vorantiseptischer Zeit — vor allem in zwei Umständen: nämlich einmal in einer Erschwerung der Diagnose durch schwere Nebenverletzungen, z. B. der Leber, der Nieren, des Magens oder des Darmes, des Herzens wie auch des Gehirns, nämlich bei Verletzungen durch Sturz; ferner darin, daß eine Milzruptur vorwiegend bei pathologisch veränderten und vergrößerten Milzen vorkommt, die der chirurgischen Behandlung weniger

---

[1]) Das Litteratur-Verzeichnis findet sich am Schlusse der Dissertation.

zugänglich sind als ein normales Organ. Man hat gefunden, daß chronische Entzündungen (Malaria, idiopathische Herzhypertrophie, abgelaufener Typhus, Lues) eine lokale Disposition zur Milzruptur schaffen, daß eine Milz um so leichter verletzlich ist, je mehr sie entzündet ist. Dies hat seinen Grund darin, daß durch chronische Entzündungen die Milz einmal vergrößert wird und infolgedessen aus dem Rippenbogen heraustritt, also weniger geschützt liegt als das normale Organ; ferner darin, daß mit dem Grade der Entzündung der Milz auch die Zerreißbarkeit des Gewebes zunimmt. Bei solcher krankhaft veränderten Milz genügt dann nach Jordan und Lewerenz schon ein geringfügiges Trauma, z. B. ein Faustschlag, ja sogar schon heftigere Muskelkontractionen, wie z. B. beim Niesen, Husten, Erbrechen, bei der Geburt und dergleichen, um geschwollene, häufig abnorm weiche und brüchige Milzen zur Zerreißung zu bringen, und man hat in solchen Fällen wohl auch von einer spontanen Milzruptur gesprochen im Gegensatz zu der traumatischen, bei der die gesunde normale Milz durch äußere Gewalteinwirkung verletzt wird.

Die chirurgische Therapie der subcutanen Milzruptur verfügt über drei Methoden der Blutstillung:

1. Tamponade,
2. Naht,
3. Exstirpation.

1. Nach den Ausführungen von Jordan ist bei subcutaner Milzruptur die **Tamponade der Milz** ein unsicheres Blutstillungsmittel, das

man nur dann notgedrungen anwenden wird, eventuell mit vorhergehender Kauterisation mit Paquelin, wenn das Allgemeinbefinden des Patienten sehr schlecht ist, oder wenn bei ausgedehnten Verwachsungen oder bei abnormer Brüchigkeit der pathologisch veränderten Milz Naht oder Exstirpation kontraindiciert ist.

2. Eine ebenso unsichere Therapie wie die Tamponade bei subcutaner Milzruptur ist auch die **Naht der Milz,** die zuerst 1896 der italienische Chirurg Lamarchia versuchte, und zwar mit unglücklichem Ausgange. Denn einmal ist bei der Brüchigkeit des Milzgewebes die exakte Vernähung, die eine tödliche Nachblutung unter allen Umständen ausschließt, schwierig, und dann ist ja auch die Möglichkeit vorhanden, daß man bei mehreren Einrissen trotz genauester Inspection einen übersieht und dann — wie es bei Lamarchia der Fall war — den Patienten ebenfalls an Nachblutung verliert.

3. Man muß deshalb wegen der Nachteile, die der Tamponade und Naht der Milz anhaften, im Interesse der Kranken bei subcutaner Milzruptur für das Gros der Fälle die **Exstirpation der Milz** als die normale, sicherste und rationellste Therapie bezeichnen.

Des historischen Interesses wegen will ich hier erwähnen, daß vor verhältnismäßig kurzer Zeit, im Jahre 1893, Riegner zuerst die subcutane Milzruptur mit Erfolg chirurgisch behandelte.

Bezüglich der Prognose ergiebt sich nach Lewerenz, der aus der Literatur 135 Fälle von subcutaner Milzruptur zusammenstellte, Folgendes:

Von diesen 135 Milzen wurden 82 als pathologisch bezeichnet. Ein schweres Trauma war in 80 Fällen nachweisbar. Der Ausgang war in 104 Fällen tödlich, darunter 90 mal, ohne daß man eine Operation versuchte. Von den 31 Geheilten waren 16 operiert, 15 exspectativ behandelt worden. Unter den Operationen waren 25 Splenektomieen mit 13 Heilungen, 2 Tamponaden mit einer Heilung und eine Naht der Milz mit tödlichem Ausgange.

Bisher nahm man nun bei subcutaner Milzruptur als sicherste und rationellste Therapie gewöhnlich die Exstirpation der Milz vor, die bedeutend bessere Erfolge aufweist als die Exstirpation bei Leukaemie und anderen Milzerkrankungen. Man hat hierbei das mehr oder weniger verletzte Organ vollständig exstirpiert; seltener wendet man die weniger eingreifende Naht oder Tamponade, eventuell nach vorhergehender Kauterisation, an, ja man hat, wie ich schon früher erwähnt habe, zum Teil sogar davor gewarnt. Aus diesem Grunde ist es wohl gerechtfertigt, folgenden Fall mitzuteilen, bei dem eine bei der Laparotomie gefundene Milzruptur durch Abbindung und Thermokauterisation vollständig heilte.

Es sei mir jedoch zuvor gestattet, über Aetiologie, Diagnose und Differentialdiagnose die Erfahrungen, die man bisher gesammelt hat, bekannt zu geben und im Anschlusse daran die näheren Einzelheiten unseres speciellen Falles mitzuteilen.

Aetiologie der subcutanen Milzruptur.

Für die Aetiologie kommt nach Jordan hauptsächlich in Betracht: Ueberfahrenwerden des Leibes, Hufschlag, Stoß gegen die linke Bauchseite und Sturz vom Gerüst mit Aufschlagen der linken Körperhälfte gegen einen festen Gegenstand. Nach demselben Autor läßt sich unter Umständen aus der Lage der Rißstellen im einzelnen Falle ein Schluß auf den Mechanismus der Verletzung ziehen.

Diagnose der subcutanen Milzruptur.

Die Frage, wann überhaupt eine innere Organverletzung vorliegt, beantwortet v. Angerer dahin, daß er sagt: „Wenn bei Bauchkontusionen unmittelbar nach der Verletzung nur geringe und vorübergehende Symptome vorhanden waren, späterhin aber eine Verschlimmerung eintritt, so müssen wir eine innere Organverletzung annehmen."

Nach Trendelenburg bietet nun die traumatische Milzruptur das größte Interesse in diagnostischer Beziehung, da das Schicksal der Verletzten fast nur davon abhängt, ob die Diagnose zur rechten Zeit richtig gestellt, und die Blutung noch rechtzeitig zum Stillstand gebracht wird. Trendelenburg stellt in dieser Beziehung die Milzruptur auf eine Stufe mit der Zerreissung der Meningea media und fordert, daß ihr klinisches Bild nicht nur dem Chirurgen, sondern auch dem praktischen Arzte immer gegenwärtig sein soll, damit er nicht unnötig abwartet und dadurch dem

Kranken die einzige Möglichkeit der Rettung nimmt.

Bei subcutaner Milzruptur stellt sich unmittelbar nach der Verletzung intensiver Schmerz ein. Dabei brauchen schwere Erscheinungen von Shock durchaus nicht vorhanden zu sein; der Verletzte ist nicht selten nach dem Unfall noch imstande, eine Strecke weit zu gehen, zu reiten oder einen Wagen zu besteigen etc. Dann aber, etwa nach $^1/_2$ Stunde, werden die Schmerzen heftiger, und es stellt sich Erbrechen und Schwächegefühl ein. Das Erbrechen ist nach Trendelenburg für die Frühdiagnose insofern nicht ohne Bedeutung, als es bei Kontusionen ohne Ruptur gewöhnlich nicht eintritt. Auf jeden Fall ist das Erbrechen gleich nach dem Unfall oder bald nachher ein Symptom, das zur aufmerksamen Untersuchung und Beobachtung auffordert. Meist bedeutet es eine schwere Schädigung innerhalb der Bauchhöhle. Bei der Untersuchung giebt dann der Verletzte, wie Trendelenburg weiter ausführt, die Milzgegend als schmerzhaft an; die Schmerzen steigern sich auf Druck und bei tiefem Atemholen, und die Atmung wird deshalb oberflächlich und rein costal. Der Druckschmerz pflegt in allen Fällen von Ruptur bald zuzunehmen; dies ist ein wichtiges diagnostisches Symptom, das bei wiederholter Untersuchung der Beobachtung nicht entgehen kann.

Bald breiten sich dann die Schmerzen auf das ganze Abdomen aus, und es tritt mehr und mehr ein nach v. Angerer für alle subcutanen Verletzungen der Bauchorgane ungemein wich-

tiges und charakteristisches Zeichen in den Vordergrund: eine starke Spannung der Bauchmuskeln, die durch jede Berührung der Hautdecken momentan noch gesteigert wird. Trendelenburg mißt dieser tonischen Anspannung der Bauchmuskulatur die größte praktische Bedeutung bei, da sie bei unschuldigen Kontusionen so gut wie ganz oder ganz fehle. Alle Muskeln sind bretthart anzufühlen, und, was nach Trendelenburg ferner oft sehr charakteristisch ist, der Cremaster nimmt an der Anspannung teil, das Scrotum ist fest zusammengezogen, die Testikel sind nach dem Leistenkanal zu hinaufgezogen, der Penis etwas in die Höhe gerichtet, wie bei jemand, der nach sehr kaltem Bade aus dem Wasser steigt.

Zu diesen durch Reizung des Peritoneums hervorgerufenen Erscheinungen treten nun allmählich immer deutlicher die Symptome der inneren Verblutung hinzu: Blässe des Gesichtes, Angstgefühl, Durst, Übelkeit, Kleinheit und Frequenz des Pulses, Urindrang, ohne daß Urin kommt. Die Untersuchung des Leibes ergiebt nach Jordan in diesem Stadium eine Dämpfung der linken Seite, die die normale Milzdämpfung nach allen Richtungen überschreitet; die Leberdämpfung ist hierbei erhalten.

Differentialdiagnose der subcutanen Milzruptur.

Differentialdiagnostisch kommen in erster Linie Rupturen der Leber, des Netzes, des Mesenteriums und der Niere, in zweiter Linie Per-

forationen des Magens und des Darmes in Betracht. Auf eine erschöpfende differentialdiagnostische Erörterung kann ich jedoch hier nicht eingehen, da diese mich zu weit führen würde. Nur möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß eine genaue Differentialdiagnose praktisch keine allzu große Bedeutung hat. Denn, wie Trendelenburg ausführt, sobald es sicher oder sehr wahrscheinlich ist, daß überhaupt Mehr vorliegt als eine bloße Kontusion, so ist bei dem heutigen Stande der Chirurgie sofort oder sobald als möglich die Laparotomie indiciert, die das einzige therapeutische und zugleich das beste diagnostische Mittel ist, das in Frage kommen kann.

Nachdem ich nun über Aetiologie, Diagnose und Differentialdiagnose der subcutanen Milzruptur Alles, was mir erwähnenswert erschien, mitgeteilt habe, will ich zu der Besprechung unseres speciellen Falles übergehen, der in der chirurgischen Universitäts-Kinderklinik in München beobachtet und mir von Herrn Prof. Dr. Herzog freundlichst zur Bearbeitung überlassen wurde.

Krankengeschichte.

A. v. E., $9^1/_4$ Jahre alt, wurde am 3. Februar 1902 in die chirurgische Universitäts-Kinderklinik aufgenommen.

Anamnese:

Der Patient rutschte das Treppengeländer herunter und überstürzte sich dabei. Er fiel angeblich vom 2. Stock bis zu ebener Erde herab und konnte nach dem Falle nicht mehr stehen. Der Hausarzt konstatierte eine Fractur des linken

Oberschenkels. Der Patient, der anfangs sehr unbestimmte Angaben machte, erzählte am zweiten Tage, daß er hauptsächlich mit der linken Bauchseite auf den Rand eines Bierfasses auffiel, und daß in der Mitte der linken Bauchseite, etwas unterhalb des Nabels, der Abdruck eines Knopfes sichtbar sei.

Status praesens bei der Aufnahme am 3. II. 1902:

Schmächtiger Knabe in mittlerem Ernährungszustande. Lippen und Haut blaß. Herz und Lungen ohne besonderen Befund. Linker Oberschenkel etwas oberhalb der Mitte fracturiert. Crepitation deutlich fühlbar, starke Dislocatio ad axin und abnorme Beweglichkeit. Großer Bluterguß über der linken Tibia, und in ihrer Mitte eine fluctuierende Stelle, offenbar unter dem Periost. Die linke Beckenschaufel steht im Verhältnis zur rechten mehr ab. Beckenfractur nicht nachweisbar. Urin klar. Puls 100.

Linke Unterbauchgegend druckempfindlich; keine Dämpfung.

4. II. früh. Patient hat während der Nacht erbrochen und sieht kollabiert aus. Atmung frequent, Puls 140. Abdomen in den unteren Teilen druckempfindlich, Bauchdecken gespannt. Tympanitischer Schall, Leberdämpfung verschwunden. Leib in den unteren Teilen etwas aufgetrieben. Temperatur 38,0.

4. II. nachmittags 3 Uhr. Abdomen stärker aufgetrieben, Puls 140, Dämpfung am Abdomen nicht nachweisbar. Leib excessiv schmerzhaft, besonders in der Gegend des Knopfeindruckes.

Erbrechen. In der Annahme einer Perforationsperitonitis erfolgt um 4 Uhr nachmittags die Laparotomie.

Zuerst Chloroformnarkose mit Hochlagerung des Beckens. Schnitt am Rande des linken M. rectus abdominis, etwa 12 cm lang. Nach der Durchtrennung der Bauchdecken und der Fascia transversa wölbt sich das Peritoneum vor in Form eines dunkelblauen Tumors. Dieser wird vorsichtig incidiert, worauf eine Menge dickflüssigen Blutes aus der Bauchhöhle quillt. Gleichzeitig tritt fast der ganze Dünndarm heraus durch Pressen und Würgen des Patienten.

Jetzt Aethernarkose. Es gelingt erst nach großer Mühe, den Darm zu reponieren, der injiciert erscheint, jedoch keinerlei Zeichen einer Peritonitis aufweist. Nachdem jetzt die Därme in der Bauchhöhle zurückgehalten werden, zeigt es sich, daß die Blutung von links oben kommt, dem Anschein nach von der Milz.

Der Schnitt wird im Bogen nach links weiter geführt, und nach langem Bemühen gelingt es, die Milz freizulegen. Beim Austupfen der Bauchhöhle findet man in ihr freiliegend einige Gewebefetzen, offenbar Milzgewebe. Die Blutung scheint von oben her zu kommen, d. h. aus der Gegend zwischen Milz und Bauchwand.

Beim Abtasten findet man die Milz intakt mit Ausnahme des unteren Poles, der abgequetscht ist. Dieses am sichtbaren Teil der Milz gequetschte Gewebe wird abgebunden und dann mit Paquelin verschorft, worauf die Blutung ziemlich steht. Durch zwei Tampons wird die Milz

an die Bauchwand gedrückt. Von einer Exstirpation der Milz wird abgesehen, weil der Patient äußerst elend ist. Die Tampons werden zur Bauchhöhle hinausgeleitet, und diese wird durch zwei Etagennähte geschlossen. Nach der Operation, die etwa $1^1/_2$ Stunden dauert, ist der Patient pulslos. Infusion von 300 ccm Kochsalzlösung und zwei Aetherinjectionen.

4. II. abends 7 Uhr. Puls sehr frequent, klein. Temperatur 38,1. Während der Nacht Injection von 1 Spritze Kampheröl.

5. II. Patient schwach, erbricht Alles. Abends Kochsalzinfusion, 2 Spritzen Kampheröl. Puls 140, manchmal aussetzend. Während der Nacht einmal Erbrechen, große Herzschwäche. Injection von etwa 5 Spritzen Kampheröl. Temperatur 36,0, 36,8.

6. II. Morgens Erbrechen. Während des Tages hat Patient Flüssigkeiten bei sich behalten. Abends wieder Collaps, Kochsalzinfusion. Während der Nacht 3 Spritzen Kampheröl. Patient noch ziemlich somnolent. Temperatur 36,7, 36,5.

7. II. Morgens Erbrechen. Patient sehr schwach. Im Laufe des Tages hat er 3 Eier, Schleimsuppe und Tee mit Cognac aufgenommen und bei sich behalten. Verbandwechsel. Die Wunde sieht tadellos aus, keine entzündliche Reaction. Leib noch etwas gespannt und aufgetrieben. Temperatur 37,1, 37,5.

8. II. Kein Erbrechen mehr. Patient nicht mehr so schwach. Auf Öleinlauf reichlicher Stuhlgang. Leib nicht mehr gespannt und aufgetrieben. Puls noch frequent, 140, weich, aber kräftiger. Temperatur 38,1, 38,2.

9. II. Spontan zwei Stuhlgänge. Patient fühlt sich wesentlich kräftiger und erhält gewiegtes Fleisch und Kartoffelbrei zu essen. Temperatur 37,8, 38,3.

10. II. Patient hat sich sichtlich erholt. Verband blutig-serös durchtränkt. Verbandwechsel. Wunde ganz reactionslos. Abdomen nicht druckempfindlich. Blähungen gehen ab. Puls 112, kräftig. Temperatur 37,6, 38,1.

11. II. Verband liegt gut, Patient fühlt sich wohl. Appetit gut. Temperatur 37,8. 37,9.

12. II. Puls kräftig, etwa 100. Patient erhält Huhn zu essen. Reichlicher Stuhlgang. Temperatur 37,6, 38,1.

14. II. Verbandwechsel in Narkose. Die Tampons gehen ziemlich leicht heraus ohne nennenswerte Blutung und sind geruchlos. Zwei Nähte werden entfernt. Die Wundhöhle ist sehr groß. Neue, mäßig feste Tamponade mit Jodoformgaze. Die Blutuntersuchung ergiebt: Erythrocyten 3 300 000, Leukocyten 29 000. Temperatur 38,1, 38,3.

16. II. Verbandwechsel. Stichkanäle etwas gerötet. Beim Herausnehmen der Naht entleert sich aus einem noch nicht verklebten Teile der Wunde ziemlich viel Eiter. Nach vorsichtiger Entfernung der Tampons entleert sich aus der Wundhöhle sehr viel dickflüssiger Eiter. Die Wundhöhle wird ausgespült, und es gelingt erst in der Narkose, den Zugang zur Wundhöhle, die von vorn nach hinten geht, zu finden. Einlegen einer Drainage. Die etwas klaffenden Wundrän-

der werden durch Heftpflasterstreifen zusammengezogen. Temperatur 38,5, 38,7.

18. II. Secretion etwas geringer. Aus den Stichkanälen entleert sich auf Druck ziemlich viel Eiter. Die ganze Gegend um die Operationswunde ist außerordentlich schmerzhaft. Eiterretention oder Eitersenkung nirgends nachweisbar. Temperatur 37,3, 38,0.

20. II. Die Schmerzhaftigkeit, die um die Operationswunde herum bestand, localisiert sich nach außen von dieser auf den Rippen. Im oberen Teil wird ein Stück der versenkten fortlaufenden Naht sichtbar. Eiterung mäßig. Allgemeinbefinden gut. Temperatur 37,7, 38,5.

21. II. Nahtlinie klafft stellenweise ziemlich stark. Halbfeuchter Verband. Temperatur 37,8, 38,0.

24. II. Keine wesentliche Änderung. Eiterung mäßig. Druckempfindlichkeit lateral vom äußeren Wundwinkel noch sehr stark, ebenso an der stärksten Concavität des bogenförmigen Schnittes, wo bei Druck aus einem Stichkanal sich etwas Eiter entleert. Operationswunde klafft stark; musculäre Schicht fast intakt. Temperatur 38,2, 38,7.

27. II. Schmerzhaftigkeit an den Rippen nicht mehr vorhanden. Secretion mäßig. Die versenkte Naht konnte scheinbar vollständig herausgezogen werden. Temperatur 37,5, 38,0.

1. III. Secretion hat abgenommen. Aus dem am 24. II. erwähnten Stichkanal entleert sich auf Druck noch Eiter. Daselbst noch große Schmerz-

haftigkeit. Decubitus geheilt. Allgemeinbefinden gut. Temperatur 37,3. 38,2.

3. III. Die Drainage wird gekürzt. Allgemeinbefinden sehr gut. Temperatur 37,1. 37,5.

4. III. Wunde hat sich gereinigt. Kürzung der Drainage. Temperatur 36,8. 37,4.

10. III. Die Wundheilung macht sehr gute Fortschritte. Patient klagt über stechende Schmerzen am Rücken links. Temperatur 37,3. 39,2.

11. III. Die Percussion der Brusthöhle ergibt eine absolute Dämpfung, die links hinten oben beginnt, etwa in der Höhe des ersten Brustwirbels, und nach der hinteren Axillarlinie zu sich bogenförmig senkt mit der Convexität nach unten. Atemgeräusch unbestimmt. Die Dämpfung reicht hinten bis zur oberen Lungengrenze. Atemgeräusch abgeschwächt. Temperatur 37,1. 38,4.

12. III. Lungenbefund unverändert. Kein Husten. Abends Temperatursteigerung. Temperatur 37,0. 37,6.

13. III. An einer Stelle ist deutlich Bronchialatmen zu hören. Die linke Seite des Brustkorbes bleibt beim Atmen zurück. Die dicke Drainage wird durch eine kurze, sehr dünne ersetzt. Temperatur 36,9. 37,7.

14. III. Der Percussionsschall beginnt sich aufzuhellen. Bronchialatmen noch sehr deutlich zu hören. Die Wundheilung macht sehr gute Fortschritte. Temperatur 36,8. 37,0.

18. III. Lungendämpfung fast vollständig verschwunden. Die eine subcutane Fistel will

trotz täglicher Ätzung mit Lapis nicht heilen. Temperatur 36,6, 37,3.

25. III. Da die am 18. III. erwähnte Fistel nicht heilt, wird sie in Narkose gespalten und mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Tampon von Jodoformgaze. Temperatur 36,7, 37,2.

29. III. Patient steht zum ersten Male auf. Die Wunde heilt gut.

30. III. Wunde fast ganz geheilt.

3. IV. Bauchwunde vollständig geheilt. Patient wird als geheilt entlassen.

Mitte 1903 konnte konstatiert werden, daß der Patient sich sehr kräftig entwickelt hatte. Er trägt an der Stelle, wo die Tampons aus der Wunde geleitet worden waren, eine Bandage zum Schutze der schwachen Narbe.

Wir haben hier einen Fall von subcutaner Milzruptur vor uns, bei dem das Trauma über die Art der Verletzung uns in Unklarheit ließ. Die Symptome bei der Untersuchung stimmten überein mit denen, die v. Angerer für eine Darmverletzung angegeben hat:

Verschwinden der Leberdämpfung, Temperaturerhöhung, geringe Dämpfung und Schmerzen an einer umschriebenen Stelle.

Bei der Laparotomie zeigte es sich aber, daß es sich um eine Milzruptur handelte, die die Blutung hervorgerufen hatte. Durch Abbindung der gequetschten Stelle und Verschorfung mit Paquelin trat eine sehr gute und vollständige Heilung

ein. Der Fall ist deshalb von Wichtigkeit, weil er zeigt, daß eine subcutane Milzruptur auch ohne Exstirpation heilen kann.

Am Schlusse meiner Arbeit spreche ich Herrn Professor Dr. Herzog für die freundliche Überlassung der Arbeit meinen ergebensten Dank aus, ebenso Herrn Geheimrat Obermedicinalrat Professor Dr. Ritter v. Angerer für die gütige Übernahme des Referates.

Litteratur-Verzeichnis.

1. v. Angerer: Ueber subcutane Darmrupturen und ihre operative Behandlung. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXIX. Kongress, 1900. S. 475 ff.
2. Jordan: Ueber die subcutane Milzzerreissung und ihre operative Behandlung. Münchener medicinische Wochenschrift, 1901, Nr. 3.
3. Lewerenz: Ueber die chirurgische Behandlung subcutaner Milzrupturen. Archiv für klinische Chirurgie. 60. Bd., S. 951 ff.
4. Trendelenburg: Ueber Milzexstirpation wegen Zerreissung der Milz durch stumpfe Gewalt und über die Laparotomie bei schweren Bauchkontusionen überhaupt. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1899, Nr. 40 u. 41.

Lebenslauf.

Ich wurde am 8. Februar 1876 zu Braunschweig geboren und daselbst evangelisch getauft. In Braunschweig besuchte ich zunächst 4 Jahre lang die zweite mittlere Bürgerschule und dann 10 Jahre lang das Gymnasium Martino-Catharineum, das ich Ostern 1896 mit dem Zeugnis der Reife verließ, um mich dem Studium der Medicin zu widmen. Im Sommer 1896 studierte ich an der Universität zu Tübingen und dann vom Winter 1896 ab an der Universität zu München, wo ich die ärztliche Vorprüfung und am 11. Juli 1903 die ärztliche Approbationsprüfung bestand. Zur Zeit genüge ich meiner Militärpflicht als einjährig-freiwilliger Arzt beim 1. Infanterie-Regiment zu München, bei dem ich am 1. Oktober 1903 eingetreten bin.

Werner Müller,

approb. Arzt aus Braunschweig.